

2 DO SURGIMENTO DA MEDICINA SOCIAL AO SURGIMENTO DA INTERSETORIALIDADE

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

2.1 Do Surgimento da Medicina Social

O mundo ocidental, liderado pela Europa, pôde presenciar no século XIX um grande avanço científico influente em todo o século XX. Na área da saúde este avanço repercutiu tanto do ponto de vista da Medicina Clínica como, principalmente após a “Revolução Pasteuriana”, na microbiologia, patologia, fisiologia, parasitologia e Medicina Preventiva.

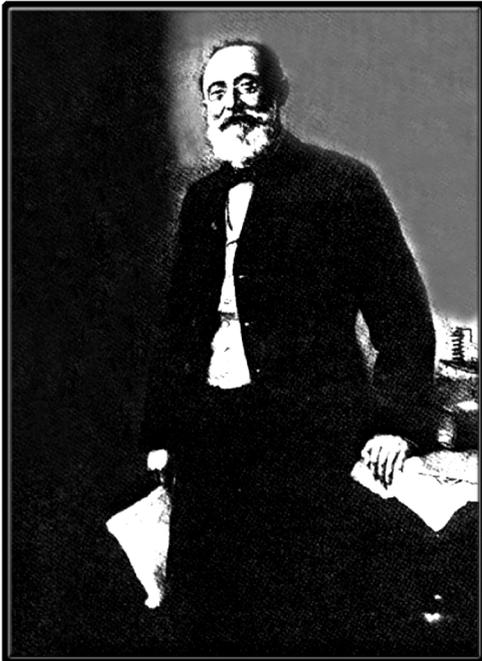
Foi dentro do processo de crescimento das cidades, fruto de brutal processo de urbanização provocado pela revolução industrial, que os intelectuais e lideranças políticas européias passaram a fazer as primeiras relações sistemáticas entre a situação saúde/doença da sua população e as condições de alimentação, trabalho, de habitação e sanitárias, bem como a perceber qual deveria ser o papel do Estado sobre estes determinantes.

Como em todos os momentos da história, neste também pode ser observada a contribuição de expressivos nomes da época como René Villarmé, Jules Guérin e Rudolf Virchow, entre os pesquisadores da área médica (ROSEN, 1979; SINGER, 1996; RESTREPO; MÁLAGA, 2001).

Já em 1807, na França, o chefe de polícia de Dubois apresentou um relatório sobre as terríveis condições de saúde do operariado. Em 1822, Patissier criou um programa para melhoria das condições de trabalho segundo o qual trabalhos perigosos deveriam ser proibidos terminantemente, pesquisas deveriam ser realizadas com o objetivo de melhorar as condições de trabalho e reduzir os danos à saúde produzidos pela indústria, e, finalmente, os trabalhadores que se tornassem incapacitados em consequência do trabalho deveriam ser compensados com uma pensão por idade avançada. Outro relatório, de Louis René Villarmé, médico francês do século XIX, foi publicado em 1840, em dois

volumes, sobre as condições de saúde dos trabalhadores franceses da indústria têxtil (SIGERIST, 1996).

No século XIX os problemas de saúde da Alemanha tornaram-se tão graves quanto os ocorridos na França e na Inglaterra, também como consequência da industrialização e do processo acelerado de urbanização. Neste período, aconteceu poderoso movimento de reforma que antecedeu a Revolução de 1848, em oposição à burocracia, aos privilégios e ao obscurantismo do clero, e por uma completa reorganização dos serviços de saúde. O líder deste movimento foi Rudolf Virchow, tornado, posteriormente, o mais respeitado patologista alemão. Virchow nasceu em 1821 e ainda era jovem nos anos revolucionários. Em 1847 o governo alemão, pressionado pela opinião pública, designou um comitê, do qual Virchow foi membro, para controlar uma epidemia de tifo que estava devastando o distrito industrial de Silésia. Virchow logo concluiu serem as causas da epidemia tanto econômicas e sociais quanto físicas (SIGERIST, 1996). Nesta ocasião, sugeriu que a população vítima daquela epidemia necessitava, entre outras intervenções médicas, de “completa e ilimitada democracia, educação, liberdade e prosperidade”. As recomendações de Virchow para sanar a epidemia de tifo na Silésia do século XIX podem ser consideradas um prenúncio das políticas públicas saudáveis no campo da promoção da saúde.



Em 1848 Virchow fundou, conjuntamente com Leubuscher, o jornal *Die Medizinische Reform*, que se tornou o principal meio de divulgação do Movimento de Reforma Médica Alemã (SIGERIST, 1996; ROSEN, 1979). Ele escreveu no primeiro editorial: “Os médicos são os advogados naturais dos pobres, e os problemas sociais quedam em grande monta dentro de sua jurisdição” (VIRCHOW, apud SIGERIST, 1996, p. 225).

Em outra frase de efeito, Virchow mais uma vez enfatiza as relações entre a medicina e os problemas sociais: “A medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que a medicina em grande escala” (VIRCHOW, apud ROSEN, 1979, p.80).

O Movimento de Reforma Médica Alemã liderado por Virchow, e do qual foram participantes destacados Neumann e Leubuscher, tinha três princípios bem definidos:

- 1º. A saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social;
- 2º. As condições econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a saúde e a doença e tais relações devem ser submetidas à investigação científica;
- 3º. Devem ser tomadas providências no sentido de promover a saúde e combater a doença e as medidas concernidas em tal ação devem ser tanto sociais quanto médicas (ROSEN, 1979).

O Movimento pela Reforma Médica na Alemanha do século XIX caracterizou-se por ser um movimento da classe média liberal, que não questionava o direito de propriedade, nem mesmo dos meios de produção. Sigerist (1996, p.226) ao se referir a Neumann, membro do Movimento de Reforma Médica Alemã do século XIX, afirma que este justificava o direito à saúde da seguinte forma:

O Estado clama ser um estado que protege o direito de propriedade. Seu propósito é proteger os bens do povo. A maioria das pessoas, entretanto, possui apenas seu poder de trabalho, que depende inteiramente de sua saúde. Esta é sua única propriedade e o Estado, portanto, tem o dever de protegê-la e o povo tem o direito de exigir que sua saúde, sua única propriedade, seja protegida pelo Estado (SIGERIST, 1996, p. 226).

Segundo Garcia (1989), não foi Virchow o primeiro a utilizar o termo

“Medicina Social” para designar a terapêutica dirigida às condições sociais que alteram a fisiologia normal. Jules Guérin é quem primeiro designa esta terapêutica como Medicina Social:

Em lugar das abordagens imprecisas e descoordenadas que costumamos incluir sob a denominação de polícia médica, saúde pública, medicina forense, chegou o momento de reunir todas elas em um todo organizado e elevá-las a seu mais alto nível sob o nome de Medicina Social, nome que melhor expressa seu propósito (GARCIA, 1989, p. 165).

O próprio Guérin esclarece o propósito da Medicina Social, com um exemplo:

Uma grande dúvida está presente hoje em dia em todos nós: quais seriam os efeitos dos salários mais altos e horas de trabalho mais curtas? Examinada à luz da Medicina Social, esta pergunta se responde fácil e satisfatoriamente. Horas de trabalho mais curtas significarão maior energia e maior bem-estar [...] que resultarão numa força de trabalho melhor e mais produtiva (FABER, 1922, apud GARCIA, 1989, p. 165).

Na Inglaterra do século XIX as condições de saúde dos trabalhadores eram miseráveis. Houve então um esforço governamental, de cunho utilitarista, para revisão das Leis dos Pobres, no qual Edwin Chadwick desempenhou importante papel, tendo publicado em 1842 o documento intitulado: *Report on the sanitary condition of the labouring class*. Chadwick, pioneiro do movimento inglês de saúde pública, justificava a importância desta revisão como “não sendo uma questão de filantropia, mas de interesse de todos ter uma classe trabalhadora saudável” (SINGERIST, 1996).

Como afirma Ashton (1993), Chadwick pode ser considerado um visionário precursor do movimento contemporâneo por Cidades Saudáveis em virtude da sua grande colaboração teórica na publicação *Report on the sanitary condition of the labouring class*, e na sua práxis contribuiu para melhoria das condições sanitárias das cidades inglesas em sua época.

Outras contribuições a merecer destaque quando se fala nas relações entre condições de vida e o processo saúde/doença foram as reflexões de Engels, a partir de visitas por ele realizadas pessoalmente a cidades inglesas no século XIX, tendo registrado suas observações com

detalhes no texto *A situação da classe operária na Inglaterra*. No capítulo onde Engels descreve a cidade de Manchester sobressaem os seguintes trechos:

[...] As grandes cidades são principalmente habitadas por trabalhadores [...] Estes trabalhadores não têm absolutamente nenhuma propriedade e vivem do salário, que quase sempre passa da mão para a boca [...] As moradias dos trabalhadores são, sem exceção, mal arrançadas, mal construídas, mantidas em más condições [...] insalubres. O vestuário dos trabalhadores é [...] na maioria dos casos esfarrapados [...] Os alimentos são em geral ruins, freqüentemente intragáveis, e em muitos casos, pelo menos temporariamente, em quantidades insuficientes, de tal forma que, no caso extremo, se morre de fome (ENGELS, 1972, p. 318).

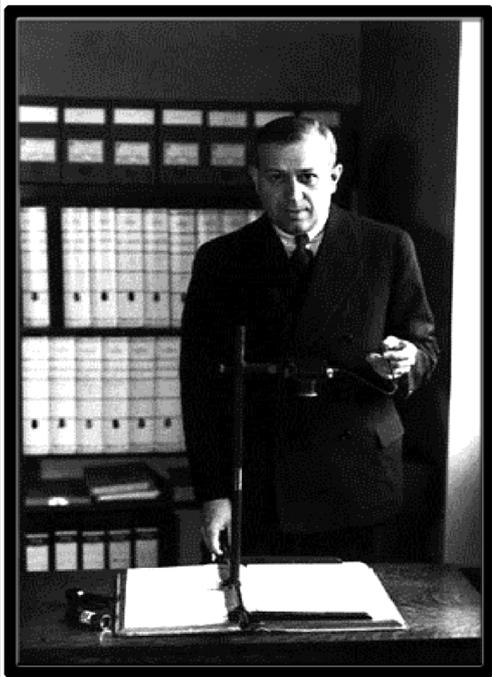
Segundo reforçado por autores da atualidade, como Restrepo (2001) e Ashton (1993), as políticas concebidas nesta época tanto podem ser arroladas como precursoras das hoje chamadas políticas públicas saudáveis no campo da promoção da saúde quanto dos recentes movimentos por Cidades Saudáveis. Todavia, desde este momento histórico ocorre uma disputa importante neste campo entre, de um lado, a forma de conceber e explicar o processo de determinação da doença a partir das condições de vida da população e, de outro, com base na revolução pausteriana, que fundamentou o paradigma da determinação biológica do processo saúde/doença. A partir da explicação biológica para a gênese das doenças foi consubstanciada a prática da biomedicina, hegemônica na sociedade ocidental no século XX.

2.2 Do Surgimento da Promoção da Saúde

A produção discursiva europeia científica e política sobre a determinação social do processo saúde/doença no século XIX gerou a Medicina Social, e foi, sem dúvida, uma das precursoras modernas da promoção da saúde, pois até então não utilizava esse termo. Este só foi usado por Henry Sigerist, sanitarista norte-americano, que ao reordenar as funções da medicina assim definiu: a) Promoção da Saúde; b) Prevenção de Enfermidades; c) Cura; d) Reabilitação (SIGERIST, 1996).

Desta forma, Sigerist (1996) foi o primeiro formulador a usar o termo

promoção da saúde para denominar as ações embasadas em educação sanitária e ações do Estado com vistas à melhoria das condições de vida. Em um capítulo denominado Health, publicado originalmente no livro *Medicine and human welfare*, editado pela Imprensa da Universidade de Yale em 1941 e reeditado em 1996 no *Journal of Public Health Policy*, Sigerist defendeu um programa de saúde com poucos itens apto a ser aplicado em todos os países. Entre estes itens, constam: a) educação livre para toda a população, incluindo educação em saúde; b) melhores condições possíveis de trabalho e vida para a população; c) melhores meios de recreação e lazer; d) um sistema público de saúde de acesso universal, com pessoal médico, responsável pela saúde de determinada população, pronto e capaz de aconselhar e ajudar a manter a saúde na sua restauração, quando a prevenção falhar; e) centros médicos de investigação e capacitação (SIGERIST, 1996).



Sigerist
webapps.jhu.edu/namedprofessorships/professor

Outro trabalho importante, o qual comprovou as fortes inter-relações entre saúde e situação socioeconômica da população, foi o de Thomas Mckeown. Ele estudou o comportamento da tuberculose na Inglaterra e Gales de 1948 a 1971. Segundo demonstrou, a mortalidade por tuberculose diminuiu paulatinamente durante os anos estudados, e a maior parte da diminuição das taxas de mortalidade ocorreu antes da introdução da estreptomicina, como mostra o gráfico a seguir. Nas considerações finais de seu estudo, Mckeown concluiu que as

medidas implementadas pela medicina tiveram na Inglaterra e Gales pequeno peso relativo na redução das taxas de mortalidade por tuberculose e doenças semelhantes, e que os determinantes fundamentais foram decorrentes das transformações ocorridas no processo produtivo capitalista, como o surgimento da

máquina, a reordenação das relações de produção e o imenso crescimento da produção, que modificaram o nível de vida dos grupos sociais. Como assinala Jaime Breilh, McKeown inverteu o modo tradicional de estudo epidemiológico que faz inferências do particular para o geral e procedeu inversamente na colocação do processo saúde/doença (BREILH; GRANDA, 1986).

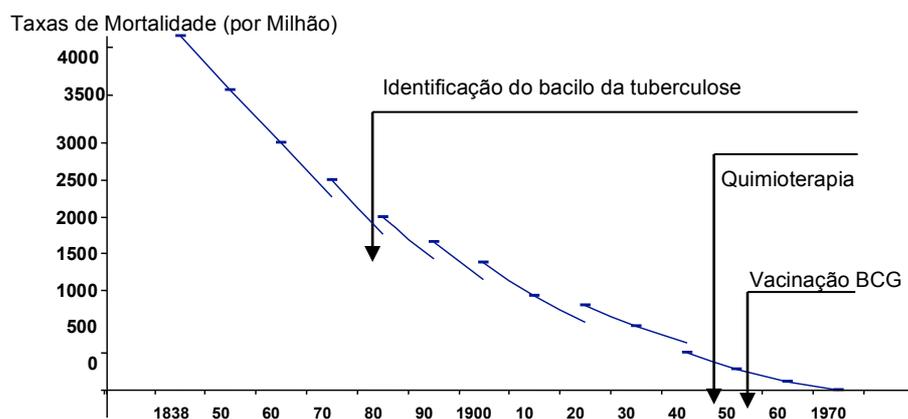


Gráfico 1 Tuberculose pulmonar: taxas médias anuais de mortalidade (Padronizado para população de 1901): Inglaterra e Gales

Fonte: Breilh e Granda (1986).

O trabalho de McKeown veio somar-se à contribuição de Sigerist, tendo sido como uma de suas repercussões imediatas o informe produzido pelo governo canadense, em 1974, intitulado *Uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses*, conhecido por Informe Lalonde. Este último exerceu profundo efeito no pensamento sanitário, especialmente nos países desenvolvidos, e conduziu de forma indireta o movimento por Cidades Saudáveis. O Informe Lalonde assume os argumentos da determinação do processo saúde/doença por múltiplos fatores, aplicando estes princípios à realidade canadense, com definição de estratégias nacionais de saúde, e sugerindo que as ações de promoção da saúde deveriam se constituir numa importante prioridade (HANCOCK, 1993; ASHTON, 1993; DUHL, 1993; BUSS, 1998).

O trabalho de McKeown (BREILH; GRANDA, 1986) também contribuiu consideravelmente com a fundamentação do marco teórico da PS, bem como foi somado a uma rica produção teórica, ocorrida na América Latina, denominada de Epidemiologia Social. Esta formulação discursiva latino-americana, conforme Nunes (1999), na década de 70 “bebeu na fonte” do

materialismo dialético, e, como a produção no campo da PS nos últimos trinta anos, surge como uma reação à medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde. Estudiosos da PS na atualidade consideram a Epidemiologia Social um marco de referência mais amplo do que o enfoque utilizado por Leavell e Clark. Estes últimos autores caracterizaram a promoção da saúde apenas como um nível de atenção da medicina no esquema da História Natural da Doença (BUSS, 1998).

Dentro destes processos, vários autores brasileiros fundamentaram também as bases discursivas da Reforma Sanitária Brasileira, as quais, posteriormente, nortearam a criação do Sistema Único de Saúde. Esta é uma ligação importante entre as duas produções discursivas, de um lado, a da PS, de outro, a do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira que fundamentou o SUS.

Tal produção discursiva não estava isolada, pois a partir dos anos 70 a maioria dos países do mundo passou a viver a crise do setor saúde, crise de custos e de paradigmas, para a qual foram propostas transformações nas políticas de saúde, com ênfase na atenção primária à saúde e no desenvolvimento comunitário (ASHTON, 1993).

De acordo com Mendes (2000), a partir deste período passou-se a assistir, portanto, a importantes mudanças na saúde pública relacionadas às crises que impulsionaram as transformações históricas da sociedade. Houve drástica alteração na estrutura da população, as pessoas começaram a viver mais, em decorrência de descobertas de causas de doenças até então desconhecidas, e de novas terapêuticas, contribuindo para o aumento progressivo dos níveis de urbanização. Como acrescentou a autora, este foi também um período no qual se evidenciaram as diferenças. Os países ricos tornaram-se cada vez mais ricos, e as desigualdades geradas por um modelo social e econômico excludente aumentaram os níveis de pobreza e carências sociais dos países pobres.

2.3 A Promoção da Saúde e a Medicina Preventiva

Leavell e Clark (1976), entre as décadas de 50 e 70, descreveram e divulgaram a História Natural da Doença, dividindo-a em dois períodos: o pré-patológico e o patológico. O período pré-patológico corresponderia ao intervalo de tempo anterior ao adoecimento dos indivíduos. Neste período ocorreriam as interações entre os agentes mórbidos, o hospedeiro humano e os fatores ambientais, correspondendo à fase de suscetibilidade. O período patológico corresponderia ao curso da doença no organismo humano, desde as primeiras alterações internas sem manifestações clínicas (fase patológica pré-clínica), ao período da sintomatologia franca (fase clínica), e aos momentos finais do curso da doença (fase de incapacidade residual), podendo esta evoluir para cura, cronicidade, invalidez ou morte.

As medidas preventivas foram classificadas por Leavell e Clark de acordo com o período da História Natural da Doença em que atuam. A prevenção primária incluiria as ações desenvolvidas para evitar a “ocorrência da doença”; a prevenção secundária, as ações com o objetivo de prevenir a “evolução do processo patológico no organismo”, levando à cura ou evitando complicações; e a prevenção terciária incluiria as ações destinadas à fase final do processo, visando atenuar a invalidez.

As três fases de prevenção foram desdobradas em cinco níveis:

- Promoção da Saúde: correspondendo à educação sanitária e medidas gerais para o bem-estar dos indivíduos, como alimentação e habitação adequadas;
- Proteção Específica: vacinação, exame pré-natal, quimioprofilaxia e outras;
- Diagnóstico e Tratamento Precoce: exame de contactantes de doenças infecciosas, auto-exame de mama, etc.;
- Limitação do Dano: acesso facilitado a serviços de saúde;
- Reabilitação: próteses, órteses e terapia ocupacional.

Quadro 1 Níveis de aplicação das medidas preventivas na História Natural da Doença

PERÍODO PRÉ-	PERÍODO PATOLÓGICO
--------------	--------------------

PATOLÓGICO				
Interação entre o agente, o hospedeiro e o meio ambiente		Reação do hospedeiro aos estímulos Patogênese precoce ➤ Sintomas iniciais ➤ Doença instalada ➤ Convalescença		
Promoção da saúde	Proteção específica	Diagnóstico e tratamento precoces	Limitação do dano	Reabilitação
Prevenção primária		Prevenção secundária		Prevenção terciária
Níveis de aplicação das medidas preventivas				

Fonte: Adaptado de Leavell e Clark (1976).

A concepção contemporânea de promoção da saúde tem sido muitas vezes confundida com “o nível de aplicação de medidas preventivas”, conforme adotado por Leavell e Clark. Há de se fazer uma distinção entre estes dois conceitos. Apesar desta esquematização da História Natural da Doença ter sido extensamente utilizada pela saúde pública, muitos autores a criticam tendo em vista a ênfase nos fatores estritamente biológicos, secundarizando a determinação do processo saúde/doença dada pelas condições sociais e econômicas.

A promoção da saúde nesta perspectiva se limita ao desenvolvimento de ações de educação sanitária, como se os determinantes do adoecimento nos indivíduos e na coletividade se devessem apenas à ignorância e maus hábitos. Ora, o entendimento de promoção da saúde de forma mais ampla, que pode ser aportado na Reforma Médica Alemã de Virchow, na Medicina Social de Jules Guerin, nos escritos de Engels sobre as Condições da Classe Operária, e mais tarde nas análises de Sigerist, entre outros, era de que os determinantes do processo saúde/doença estavam intrinsecamente ligados ao complexo contexto histórico e socioeconômico. Estes determinantes não atuavam apenas no período pré-patológico da doença, mas teriam influência decisiva em todo o percurso do adoecimento, e mais, determinariam uma distribuição desigual das doenças na sociedade, pois as condições de vida e reprodução social também eram desiguais, cabendo aos setores menos favorecidos da sociedade capitalista uma cota bem maior de sofrimento que aos setores da classe média e empresários. Assim sendo, as medidas para combater a doença na Alemanha do século XIX, como foram defendidas por Virchow, e, posteriormente, a concepção de promoção da saúde, como propôs Sigerist, tinham um caráter bem mais

amplo, e passariam por reformas sociais mais profundas e por maior intervenção do Estado no setor social, levando à melhoria da qualidade de vida da população de uma forma geral.

2.4 O Movimento Internacional da Promoção da Saúde e a Intersetorialidade

A partir deste movimento surgido na década de 70, se configurou na década de 80 todo um processo denominado por Buss (1998) de estratégia da “Nova Promoção da Saúde”, que tem seu desenvolvimento, como movimento ideológico e social, de forma mais intensa, no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental, nos anos 70, com avanços mais lentos na América Latina e Caribe. As Conferências Internacionais, desde a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Ottawa em 1986, têm difundido conceitos básicos que exigem o fortalecimento da saúde pública em torno do compromisso de saúde para todos. As discussões de Ottawa tiveram como parâmetro a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde (1978) e debates posteriores realizados ao redor do mundo. O tema da Conferência de Ottawa centrou-se na nova conceituação de saúde e de promoção da saúde.

É importante destacar, aqui, alguns pontos: o primeiro é que começa a se delinear nova tensão paradigmática no campo da saúde respeitante ao modo como a promoção da saúde foi formulada, como se a disputa paradigmática ocorrida no século XIX fosse retomada. O eixo central do debate passa a ser o processo de produção social da saúde e doença. Assim a promoção da saúde está relacionada a um “conjunto de valores”: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação, parceria, desenvolvimento, justiça social, revalorização ética da vida. Portanto, as determinações da saúde foram relacionadas ao impacto das dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas nas coletividades para alcançar um desenvolvimento social mais equitativo. Ressalta-se, ainda, a “combinação de estratégias”, ou seja, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da

sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersetoriais. Em suma, a saúde não é assegurada apenas pelo setor da saúde. Observa-se, também, forte “componente internacionalista” presente nos documentos, cartas e conferências, que definem sua natureza política (BUSS, 1998; ANDRADE; BARRETO; MARTINS JR., 2002).

A I Conferência Mundial de Promoção da Saúde realizada em Ottawa, Canadá, em 1986 ficou mundialmente conhecida pela Carta de Ottawa (1986). A Carta de Ottawa teve o grande mérito de clarificar o conceito de promoção da saúde. Consoante ela definiu, a promoção de saúde consiste em proporcionar aos povos os meios para melhorar a saúde e exercer maior controle sobre a mesma. A saúde se percebe, pois, não como o objetivo, mas sim como a fonte de riqueza da vida cotidiana. As condições e requisitos para a saúde são: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, a justiça social e a equidade. Entre as condições-chave para promover a saúde se incluem o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o fortalecimento de ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2001).

A II Conferência Mundial de Promoção da Saúde foi realizada em Adelaide, Austrália, em 1988. A Conferência de Adelaide não só reafirmou a Conferência de Ottawa como apontou que as políticas públicas de todos os setores influenciam os determinantes de saúde e são importantes veículos para reduzir iniquidades sociais e econômicas, assegurando o acesso equitativo de bens e serviços, incluídos os serviços de saúde. Na Conferência de Adelaide, o conceito de política pública saudável foi aprofundado e ressaltada a orientação de que a elaboração de políticas públicas saudáveis necessita, acima de tudo, de vontade e compromisso político de todos os setores envolvidos com saúde. A II CMPS indicou quatro áreas para a sua introdução imediata: saúde das mulheres, acesso à alimentação e nutrientes saudáveis, redução do consumo de tabaco e álcool, e criação de ambientes saudáveis (BRASIL, 2001).

A III Conferência Mundial de Promoção da Saúde aconteceu em Sundsvall, Suécia, em 1991. O tema central desta conferência foi a criação de

ambientes saudáveis. Como ela ocorreu um ano antes da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, a Rio-92, realizou-se em um contexto de muita efervescência. Foi uma espécie de pré-Rio-92. Teve o grande papel de colocar o tema do ambiente na agenda da saúde. Segundo afirmou, um ambiente favorável é de suprema importância para a saúde. Ambiente e saúde são interdependentes e inseparáveis. Ressaltou que os conflitos armados, o rápido crescimento da população, a alimentação inadequada, a falta de meios para garantir a autodeterminação e a degradação dos recursos naturais são fatores prejudiciais à saúde (BRASIL, 2001).

A IV Conferência Mundial de Promoção da Saúde - IV CMPS, foi realizada em Jakarta, Indonésia, em 1997. Nela os impactos da Carta de Ottawa foram revistos e deu-se também a convocatória de novos atores para enfrentar os desafios impostos pela nova era. Foi a primeira das quatro a ser promovida em um país em desenvolvimento. Na IV CMPS constatou-se que a estratégia de promoção da saúde, desenvolvida após a I CMPS, mostrou-se eficiente para o melhoramento das condições de saúde e a prevenção de enfermidades, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. A Declaração de Jacarta estabeleceu cinco prioridades para promoção da saúde até o século XXI:

1. Promover a responsabilidade social da saúde;
2. Aumentar a capacidade da comunidade e o apoderamento dos indivíduos;
3. Expandir e consolidar alianças para a saúde;
4. Aumentar as investigações para o desenvolvimento da saúde;
5. Assegurar uma infra-estrutura para a promoção da saúde (BRASIL, 2001).

As cinco prioridades para a promoção da saúde foram tomadas como eixos centrais para a V Conferência Mundial de Promoção da Saúde. Esta conferência teve como meta analisar a contribuição dada pela estratégia de promoção da saúde na melhoria da qualidade de vida de pessoas que vivem em condições adversas. Teve três objetivos básicos:

1. Demonstrar como a promoção da saúde faz uma diferença na saúde e na qualidade de vida, especialmente para as pessoas que vivem em circunstâncias adversas;
2. Posicionar a saúde na agenda das agências de desenvolvimento internacionais, nacionais e locais;
3. Estimular alianças para a saúde entre os diferentes atores em todos os níveis da sociedade.

Esta conferência teve dois componentes programáticos: Cinco dias de programa técnico e dois dias de programa ministerial. Ambos os grupos se reuniram em espaços conjuntos. A preparação do programa ministerial desenvolveu a Declaração Ministerial do México para a Promoção da Saúde, firmada por dez ministros de saúde ou por seus representantes. Os ministros declararam que:

- Afirmam a contribuição das estratégias de promoção da saúde para manutenção das atividades de saúde em nível local, nacional e internacional;
- Comprometem-se que seus países desenhariam Planos Nacionais de Ação para monitorar o progresso feito pela incorporação das estratégias de promoção da saúde na política de planificação em nível nacional e local.

Um programa técnico foi estruturado levando em consideração as prioridades da promoção da saúde estabelecidas na Declaração de Jakarta (1997) e na Resolução sobre promoção da saúde da Assembléia Mundial da Saúde (1998). As seis sessões técnicas tiveram os seguintes temas:

1. Fortalecer as bases de evidência em promoção da saúde;
2. Incrementar a inversão para o desenvolvimento da saúde;
3. Promover a responsabilidade social para a saúde;
4. Incrementar a capacidade das comunidades e apoderar os indivíduos e as suas comunidades;
5. Assegurar a infra-estrutura necessária para a promoção da saúde;
6. Reordenar os sistemas e serviços de saúde com critérios de promoção

da saúde.

Da V CMPS resultaram cinco produtos: a) seis informes técnicos; b) estudos de casos; c) declaração ministerial do México para a promoção da saúde; d) marco de trabalho para os planos de ação para a promoção da saúde; e) o Informe da V Conferência Mundial de Promoção da Saúde.

Algumas questões-chave foram evidenciadas como resultados da V Conferência: a) Reafirmação da importância da promoção da saúde; b) a necessidade de focalizar os determinantes da saúde; c) a grande necessidade que a humanidade tem de buscar construir um mundo mais equitativo; d) a promoção da saúde; e) a promoção da saúde é socialmente relevante; f) a promoção da saúde é politicamente sensível; g) a importância das mulheres para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde (BRASIL, 2001).

A formulação e implementação de políticas públicas saudáveis são diretrizes e componentes centrais das estratégias de promoção da saúde. Esta expressão passou a designar a idéia de que muito do que influi na saúde se encontra fora do campo das intervenções médicas ou da saúde pública tradicionais (KICKBUSCH, 1996).

De acordo com Mendes (2000), há duas abordagens de políticas de saúde prevaletentes na promoção da saúde. Na primeira abordagem, uma política de saúde envolve fazer investimentos em setores para tratar de um problema específico de saúde. Ela trata da promoção e prevenção no campo da saúde e requer participação de outros setores. Tal política é o que estimula os definidores de políticas e planejadores a perceber os efeitos de suas decisões sobre a saúde.

Além de governos e profissionais de saúde, muitas outras pessoas devem estar envolvidas na elaboração desse tipo de política. Referidos atores podem representar, por exemplo, os setores do bem-estar social, das indústrias, da educação, da economia e comércio, da mídia e das comunidades.

Uma política de saúde pode também significar que todos os setores públicos avaliem suas políticas entre outras coisas com base nos possíveis efeitos

sobre a saúde.

Este conceito leva à segunda abordagem, que Milio (apud RESTREPO; MÁLAGA, 2001) denominou de “política pública saudável”. Uma política pública saudável é caracterizada por uma preocupação explícita com saúde e equidade promovidas por várias áreas e com uma responsabilidade conjunta pelo impacto em saúde.

A principal diferença em relação à primeira abordagem é que o ponto de partida para essa política não é um problema de saúde, mas pode ser qualquer questão, por exemplo, de economia, de tráfego, ou de segurança. Nessa visão, é fundamental integrar as preocupações de saúde no processo de tomada de decisão de setores como o ambiental, o do trabalho, o do transporte, o da habitação e outros, que têm repercussões nas condições de saúde de uma população (MENDES, 2001).

A noção de políticas públicas saudáveis, nesse sentido, está estreitamente vinculada à construção de políticas públicas intersetoriais. Para Buss (1996), a criação de um conjunto de mecanismos, de caráter político, promovendo a integração da ação pública, com participação na implementação das políticas sociais integradas, constitui uma estratégia de operar as políticas públicas saudáveis.

Nesse sentido, na implementação de políticas de promoção da saúde, entre as quais se inserem as propostas por Cidades Saudáveis, apoiadas e impulsionadas por atores territoriais, é possível se promover espaços políticos negociados com vistas a impulsionar o desenvolvimento local, incidindo positivamente na gestão do espaço público local. Isto significa firmar, contudo, compromissos de interesse público, redefinir o papel do Estado e da sociedade ante o estabelecimento de políticas sociais, definir fóruns participativos e pactuados expressivos da diversidade de interesses e necessidades sociais (MENDES, 2000).

2.5 O Movimento Internacional de Cidades e Municípios Saudáveis e a Intersetorialidade

Quando se observa o movimento produzido pelos formuladores e defensores, conscientes ou não da idéia de promoção da saúde do século XIX até os dias atuais, entende-se terem sido suas formulações embasadas principalmente nas contradições vivenciadas nas cidades. Daí o motivo por que a idéia de Promoção da Saúde é tão próxima da de Cidades Saudáveis.

Na afirmação de autores como Aston (1993), Hancock (1993), Duhl (1993) e Rosen (1994), o movimento pela “saúde das cidades” não é novo, e faz relação com o processo conduzido por Edwin Chadwick, na Inglaterra no século XIX, quando este produziu o primeiro relatório da Comissão da Saúde das Cidades, o qual apontou as péssimas condições a que estava submetida a população: alta densidade demográfica, pobreza, crime, insalubridade e alta mortalidade, apresentando medidas de melhoria. Ao relacionar a pobreza às doenças, e reconhecendo ser a doença importante fator de aumento do número de pobres, Chadwick concluiu que seria econômico tomar medidas preventivas.

Com o objetivo de disseminar conhecimentos sobre condições urbanas e organizar a opinião pública para apoiar as ações legislativas a favor da saúde pública, várias associações foram formadas. Destas a mais significativa foi a Associação da Saúde das Cidades, fundada em 1844 por Southwood Smith. Ao longo do século XIX, de acordo com Rosen (1994), os sanitaristas usaram essa abordagem de esclarecimento e formação de opinião pública para atrair a atenção do governo e, assim, chegar à legislação remediadora.

Desde o final do século XIX, a idéia sanitária com um delineamento ambientalista continuou a exercer grande influência na definição das políticas públicas dos países desenvolvidos, com ênfase na ação ambiental e prevenção individual.

Conforme analisado na evolução das políticas de promoção de saúde, um dos principais marcos foi o Relatório Lalonde. Este relatório passa a ter a mesma referência quando se estuda a evolução das Políticas de Cidades Saudáveis, por seu poderoso efeito no pensamento sanitário, especialmente nos

países desenvolvidos, e por conduzir de forma indireta o recente movimento por Cidades Saudáveis, com influência no movimento da América do Norte, principalmente no Canadá e na Europa.

O processo de construção de Cidades Saudáveis no Canadá surgiu em 1978, com a iniciativa do governo local de Toronto de estabelecer um comitê de planejamento que publicou o informe intitulado *A saúde pública nos anos 80*. Este informe inspirou-se no Informe Lalonde e advogava uma saúde pública com ênfase na dimensão política e social e no desenvolvimento comunitário, para transformar Toronto na cidade mais saudável da América do Norte (MENDES, 2000).

De acordo com Ashton (1993), a Oficina Européia da Organização Mundial de Saúde acompanhou o processo de Toronto e apresentou o conceito desenvolvido no Canadá no *Primeiro Simpósio sobre Cidades Saudáveis* ocorrido em Lisboa, Portugal, em 1986. Como decorrência é elaborada uma proposta para um projeto de promoção da saúde, a ser desenvolvido em onze cidades, denominado de Projeto Cidades Saudáveis, com o intuito de unir os setores públicos e privados e as organizações voluntárias para enfrentar os problemas de saúde urbanos. Em 1987, ocorre o segundo simpósio em Dusseldorf, Alemanha, e outras quatorze cidades são designadas em 1988. No ano de 1997, 36 cidades européias, localizadas em 23 países, eram participantes do Projeto WHO/EURO de Cidades Saudáveis.

O processo canadense de Cidades Saudáveis evoluiu e expandiu-se depois, por meio da OPAS, pela América Latina. Hoje, no Canadá, os projetos vêm se desenvolvendo mediante quatro redes provinciais: British Columbia, Manitoba, Ontário e Quebec, mas outras duas, New Brunswick e Saskatchewan, estão tentando formalizar suas redes (MENDES, 2000; FERRAZ, 1999).

A proposta de Cidades Saudáveis vem ganhando adeptos e crescendo rapidamente, tanto em importância quanto em abrangência. Este movimento constitui-se em uma das mais importantes iniciativas da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) para o desenvolvimento das

condições de saúde e qualidade de vida urbanas. O contingente de cidades abrangidas em nível mundial cresceu rapidamente de onze cidades filiadas à rede em 1986 para 650 cidades (em 15 países) em 1993, interagindo por meio de dezenove redes nacionais e internacionais. Foi o reconhecimento da importância da urbanização e seu impacto na saúde das populações que fez com que a OMS elegesse o tema “Saúde Urbana” para a Assembléia Mundial da Saúde de 1991 (MENDES, 2000; RESTREPO, 2001).

A proposta de Cidades Saudáveis enfatiza fortemente a idéia de um planejamento sistemático continuado e intersetorial. Pode-se conceituar uma cidade saudável como aquela a colocar em prática, de modo contínuo, a melhoria de seu ambiente físico e social, utilizando os recursos de sua comunidade, com o intuito de oferecer aos seus cidadãos uma aptidão mútua em todas as atividades humanas que levem à sua plena realização (HANCOCK, 1993).

A reorganização dos serviços públicos, pela proposta de Cidades Saudáveis, pressupõe uma perspectiva “intersetorial”, superando a fragmentação funcional, típica das propostas burocráticas clássicas. Assim, a saúde diz respeito ao conjunto de “políticas públicas”, e não apenas à assistência à saúde, *stricto sensu*, mas a vários aspectos a ela relacionados: meio ambiente, saneamento básico, água, transporte urbano, etc. “A saúde, como qualidade de vida, é colocada como objeto de todas as políticas públicas, dentre elas as políticas de serviço de saúde” (LAURENSE, apud MENDES, 2000).

A proposta de Cidades Saudáveis dissemina-se com intenso vigor no período pós-80, concomitante ao aprofundamento do processo de globalização e abertura econômica. Entre os impactos a se destacar na gestão pública advindos deste processo menciona-se o enfraquecimento dos Estados Nacionais – por instâncias de caráter supranacional de tipo político-econômico, como os mercados regionais, a Organização Mundial do Comércio ou até mesmo pelas próprias empresas, em especial as que realizam transações financeiras em nível global. Na outra “ponta” deste processo tem-se um movimento de fragmentação ou de localismo, destacando o papel da região (muitas vezes em oposição à idéia de

nação), fortalecendo as instâncias locais de poder e concretizando a tendência no sentido da descentralização (KEINERT, 1997).

A idéia de Sistemas Locais de Saúde desenvolvida em vários países da América Latina, nos anos 80, e conduzida pela OPAS é o antecedente mais próximo do projeto por Cidades Saudáveis. Esta idéia tinha como proposta modificar os tradicionais enfoques de atenção primária, enfatizando a descentralização e a reorientação dos serviços de saúde (OPAS,1990; OPAS,1992).

A proposta dos SILOS partiu do setor saúde na busca da eqüidade, qualidade, eficiência, com ênfase na participação social. Os SILOS defendiam a divisão do trabalho nos sistemas nacionais de saúde, baseada no critério geográfico-populacional.

Ambas as estratégias, SILOS e Cidades Saudáveis, fortalecem a idéia do “município pela saúde” e aderem à proposta de um governo local conjuntamente com os cidadãos no desenvolvimento de um plano de promoção da saúde (RUIZ, 1998).

No geral as propostas de construção de SILOS não passaram de um processo discursivo, e foram “atropeladas”, em alguns países, de um lado, pelas reformas do setor saúde em curso na América Latina, e, de outro, pelo embate discursivo produzido pelos formuladores da corrente da Epidemiologia Social. No entanto, como ressalta Andrade e Barreto (2002), esta proposta teve influência discursiva em algumas reformas, como, por exemplo, a vivenciada no Brasil, pelo seu caráter descentralizador e fortalecedor do processo de municipalização.

Na América Latina em 1992 foi realizada a Conferência de Santa Fé-Bogotá com o objetivo de estabelecer o significado da promoção de saúde para a região da América Latina.

Em recente trabalho publicado, Ferraz (1999) avalia a pertinência do conceito municípios saudáveis no Brasil, relacionando fatores favoráveis e desfavoráveis à adoção do termo Cidades Saudáveis. Para a autora, os fatores favoráveis são: a) comprometimento dos municípios no processo de

descentralização; b) exemplo da cidade de Curitiba; c) congruência entre os princípios do movimento sanitário no Brasil e os princípios de Cidades Saudáveis; d) interesse e ação do Movimento Sanitário como agente político. Como fatores desfavoráveis a autora menciona: a) herança de uma cultura política de ação setorial em nível local; b) instabilidade política em nível local; c) ausência de apoio logístico para execução de projetos; d) cultura sanitária dos programas verticais.

Um município saudável, conforme a OPAS (1992), é aquele que busca não apenas atingir a atenção universal em saúde mas afirmar que:

1. Existe compromisso político manifesto para fazer da saúde uma prioridade e um objetivo fundamental da gestão pública;
2. Se expressa compromisso de governabilidade para melhorar a saúde, entendida como bem-estar, e disposição para mobilizar os recursos sociais, institucionais e comunitários da municipalidade;
3. Apresentam-se mecanismos mínimos para convocar e coordenar os setores institucionais e organizações locais;
4. Explicitam-se procedimentos para negociar propósitos de saúde sem reduzi-los somente a metas de cobertura dos serviços;
5. Manifestam-se fórmulas para acordar compromissos e responsabilidades dos diferentes atores sociais e institucionais para alcançar as metas de saúde conveniadas;
6. Explicita-se a maneira de concretizar o seguimento e o cumprimento dos compromissos adquiridos, das metas consensuadas e do desenvolvimento de processos de transformação das relações para o sucesso da equidade em saúde.

2.6 O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, O SUS e a Intersetorialidade

Foi na década de 70, em pleno regime repressivo imposto pela ditadura militar, que pela primeira vez fundamentou-se em lei o Sistema de

Saúde que legitimou o modelo médico-assistencial privatista iniciado na década anterior. Tal sistema recebeu fortes críticas de setores acadêmicos, localizados nas Universidades, Departamentos de Medicina Preventiva e Social e Escolas de Saúde Pública, além de setores da sociedade civil. Esse discurso fundamentou o alicerce do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. Ressalta-se nesse período o surgimento do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, resultante da mobilização de vários médicos e demais profissionais da área da saúde oriundos dos departamentos de Medicina Preventiva e de serviços de saúde, o qual vai funcionar como uma espécie de “braço civil” do emergente movimento sanitário.

Conforme afirma Escorel (1998), o CEBES passa a funcionar como um centro de difusão de um movimento, que nascido no interior do Aparelho de Estado torna-se capaz de articular o movimento sanitário com os demais movimentos sociais.

Não se pode deixar de evidenciar a produção acadêmica da década de 70. De acordo com Nunes (1999), foi nesse período que a abordagem teórica procedente do materialismo histórico configurou-se como referencial teórico na produção das ciências sociais em saúde dentro dos Departamentos de Medicina Preventiva e Medicina Social nas Universidades Brasileiras. Ele destaca como produções emblemáticas as de Donnangelo (1975), Arouca (1975), Donnangelo e Pereira (1976), Machado et al. (1978) e Gonçalves (1979).

Ainda segundo Nunes (1999), esta “produção irá tratar das relações medicina e sociedade, medicina estatal, análises históricas e programas de saúde” e exerce grande influência na produção na área da década seguinte onde a partir de 1985 deu-se o nascimento do movimento da Reforma Sanitária.

O grande marco histórico nesse processo, sem dúvida alguma, foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986. Contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade, havendo um

consenso de que para o setor saúde no Brasil não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira, mas sim uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária. O relatório produzido nessa conferência serviu de referência para os constituintes responsáveis pela elaboração da Constituição de 1988.

Um outro fato inovado na Constituição Brasileira foi a introdução do conceito de seguridade social, pois esta foi a primeira Constituição a aplicar este conceito. A seguridade social está composta pelo tripé: saúde, previdência e assistência social (CAMPOS,1992; DALLARI,1995).

Em relação à saúde, a Constituição (CF, 1988), em seu artigo 196, determina que

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Na regulamentação infra-constitucional a Lei nº 8.080/90, nos seus artigos 2.º e 3º, regulamenta:

- que saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício;
- que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação da saúde;
- que as políticas sociais e econômicas protetoras da saúde individual e coletiva são as que atuam diretamente sobre os fatores determinantes e condicionantes da saúde como alimentação, moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais;
- que o dever do Estado de prover as condições indispensáveis ao

exercício do direito do cidadão à saúde não exclui o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade;

- que além das ações diretamente derivadas da política de saúde e das políticas econômicas e sociais, dizem respeito também à saúde as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

No início da década de 90 todo processo de regulamentação do SUS do qual participavam os atores do então Movimento Sanitário passa a contar com novos atores, como os Secretários Municipais de Saúde, liderados pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, e os Secretários Estaduais de Saúde, liderados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Em continuidade a este movimento se iniciou todo o processo de pactuação infraconstitucional, onde se editou a chamada Lei Orgânica da Saúde Brasileira, seguida de duas Leis Complementares à Constituição (a Lei nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90). A Lei nº 8.080/90 disciplina a descentralização político - administrativa do SUS, enfatizando seus aspectos de gestão e financiamento, regulamentando as condições para sua promoção, proteção, recuperação e funcionamento. A Lei nº 8.142/90 regulamenta a participação da comunidade bem como as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Como forma de regulamentar esta transição entre o antigo modelo organizacional e o SUS, o Ministério da Saúde vem utilizando-se de instrumentos normativos editados com o objetivo de regular as transferências de recursos financeiros da União para Estados e Municípios, o planejamento das ações de saúde e os mecanismos de controle social. Estes instrumentos são as Normas Operacionais Básicas. Até o momento foram editadas quatro NOBs: 01/91; 01/92; 01/93 e 01/96. As NOBs são, acima de tudo, produto da necessidade de um processo político de pactuação intergestores, que vem, após a edição da Lei Orgânica da Saúde, criando condições privilegiadas de negociações para viabilizar a descentralização e construção do SUS (ANDRADE, 2001).

A atual NOB em vigor é a 01/96. Esta NOB estabeleceu como uma de

suas finalidades prioritárias a transformação do modelo de atenção à saúde, até então hegemônico. Conforme enfatizou, isso implicava o aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do sistema, pois o município passou a ser, de fato, responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de sua população e das exigências de intervenções saneadoras em seu território. Como tema principal estabeleceu: “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”. Buscava, assim, construir a plena responsabilidade do poder público municipal, sobre a gestão de um sistema de saúde e, não somente, sobre a prestação de serviços de saúde. Criou duas categorias de gestão: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal.

Esta NOB inova quando garante, em coerência com as prerrogativas constitucionais, as suas responsabilidades no campo da promoção da saúde, pois uma das preocupações levantadas por ela foi a de propiciar as condições para a construção da integralidade das ações e serviços de saúde, e, mais do que isto, evidenciar a necessidade das ações fora do campo específico da saúde. Diferentemente da norma anterior que organiza o conjunto das ações no campo da assistência, a NOB/ 96 definiu a atuação do setor saúde em três campos: a) o da **assistência**; b) o das **intervenções ambientais**; c) o das **políticas externas ao setor saúde**.

Este último interfere nos “determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macro-econômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE – NOB-SUS, 1996).